



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2016

Lebensgemeinschaften, Familie und soziale Netze

Zemp, Martina ; Bodenmann, Guy

Abstract: Die herausragende Rolle der sozialen Unterstützung für die Gesundheit gilt als wissenschaftlich unbestritten. Sie stellt eine primäre Bedingung für die Lebenszufriedenheit dar und ist nachweislich ein robuster Schutzfaktor gegen psychische und körperliche Erkrankungen. Ermutigend ist der Befund, dass die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung sozial gut integriert und zufrieden ist mit der erhaltenen sozialen Unterstützung. Jedoch existieren Personengruppen, die ein erhöhtes Risiko für soziale Isolation oder mangelhafte soziale Unterstützung aufweisen, wie beispielsweise ältere Frauen, Alleinerziehende oder Paare im Übergang zur Elternschaft. Vor diesem Hintergrund bedarf es professioneller Angebote zur Stärkung der personalen Ressourcen (z. B. soziale Kompetenzen, verfügbare Zeit, Wissen und Aufklärung) und günstige Rahmenbedingungen (z. B. Orte des sozialen Zusammenkommens, Vereinbarkeit mit beruflichen Anforderungen, Finanzierbarkeit und Erreichbarkeit von Hilfsangeboten), welche der Mobilisierung sozialer Unterstützung und der sozialen Verbundenheit zuträglich sind.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-125143>

Book Section

Published Version

Originally published at:

Zemp, Martina; Bodenmann, Guy (2016). Lebensgemeinschaften, Familie und soziale Netze. In: Gesundheitsförderung, Schweiz. Psychische Gesundheit über die Lebensspanne.Grundlagenbericht. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz, 96-106.

Lebensgemeinschaften, Familie & Soziale Netze

Grundlagenbericht Psychische Gesundheit 2015

im Auftrag der Gesundheitsförderung Schweiz

Dr. phil. Martina Zemp und Prof. Dr. Guy Bodenmann
Universität Zürich
Psychologisches Institut
Klinische Psychologie Kinder/Jugendliche & Paare/Familien
Binzmühlestrasse 14/23
CH-8050 Zürich

martina.zemp@psychologie.uzh.ch
guy.bodenmann@psychologie.uzh.ch
<http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/kjpsych.html>

Zemp, M. & Bodenmann, G. (2016). Lebensgemeinschaften, Familie und soziale Netze. In M. Blaser & F. T. Amstad (Hrsg.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht* (S. 96 – 106). Bern, Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6.

1. Lebensgemeinschaften, Familie und soziale Netze

Die Einbindung in soziale Beziehungen (soziale Netze und Lebensgemeinschaften) ist für das körperliche und psychische Wohlbefinden der Menschen von herausragender Relevanz. Unter *sozialen Netzen* wird die Gesamtheit an sozialen Beziehungen einer Person mit anderen Personen oder Organisationen verstanden (Partnerschaft, Familienmitglieder, Freundschaften, Arbeitskolleginnen und -kollegen, Verbands- sowie Vereinsmitgliedschaften etc.). Wichtige Eigenschaften von sozialen Netzen sind deren Grösse, die Art und Stärke der Beziehungen und die soziale Unterstützung (die Vermittlung von instrumenteller, informationeller oder emotionaler Hilfe) zwischen den Mitgliedern. *Lebensgemeinschaften* bilden sich, wenn sich zwei oder mehr Personen zusammentun, um gemeinsam zu leben. Die kleinste Einheit von Lebensgemeinschaften stellt eine Partnerschaft oder Ehe dar. Diese ursprüngliche Dyade wird zu einem grösseren *Familiensystem*, wenn Kinder hinzukommen. Es gibt eine Vielfalt verschiedener Familienformen, wie Nuklearfamilien (zwei Generationen), Grossfamilien (drei oder mehr Generationen), Einelternfamilien (Alleinerziehende) sowie Patchwork-, Adoptiv- und Stieffamilien (biologische Verwandtschaft zwischen Familienmitgliedern fehlt ganz oder teilweise).

2. Psychische Gesundheit der Zielgruppe

2.1. Prävalenzen

Die Ergebnisse des Berichts des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zur Verbreitung der sozialen Ressourcen bei Schweizerinnen und Schweizern zeigen, dass die Mehrheit der Bevölkerung sozial gut integriert ist, über ein grosses soziales Netz verfügt und zufrieden ist mit der erhaltenen sozialen Unterstützung (Bachmann, 2014). Die typische Grösse des sozialen Netzes einer in der Schweiz wohnhaften Person ab 15 Jahren umfasste im Jahr 2010 19 Personen. Knapp 95% der Schweizer haben mindestens eine wichtige Vertrauensperson in ihrem Bekanntenkreis. Jedoch existieren auch Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risiko zur sozialen Isolation. Gemäss Bundesamt für Statistik (2013b) war der Einpersonenhaushalt in der gesamten Bevölkerung im Jahr 2013 die häufigste Haushaltsform (34%), gefolgt von Paaren mit mindestens 1 Kind (29%), Paaren ohne Kinder (28%), Einelternfamilien (6%), Nichtfamilienhaushalten mit mehreren Personen (2%) und Mehrfamilienhaushalten (0,7%). Der Anteil der Einpersonenhaushalte in der Schweiz hat sich seit 1970 nahezu verdoppelt, wobei sich dieser Trend gemäss Statistiken in Zukunft fortsetzen dürfte. Es scheinen besonders ältere Frauen zu sein, welche in der Schweiz das Risiko aufweisen, sozial isoliert zu leben: 63% der über 75-jährigen Frauen in Privathaushalten verfügten im Jahr 2010 über kein primäres soziales Netz (das heisst sie wohnten alleine und hatten keinen Lebenspartner), bei den gleichaltrigen Männern betrug dieser Anteil 16%. Andere hinsichtlich sozialer Isolation vulnerable Gruppen sind Personen mit tiefer Schulbildung, Personen mit Migrationshintergrund und tiefem sozioökonomischem Status, Alleinerziehende und Personen mit/nach einer psychischen Erkrankung (Bachmann, 2014).

Die weiterhin hohe Bedeutung der Ehe spiegelt sich in der Tatsache, dass aktuell 80-90% der Schweizer Bevölkerung vor dem Erreichen ihres 50. Geburtstags mindestens einmal heiraten (Bundesamt für Statistik, 2013a). Allerdings wird gegenwärtig jede dritte bis zweite Ehe in Europa geschieden; in der Schweiz belief sich die Scheidungsrate im Jahr 2014 auf 40,3% (Bundesamt für Statistik, 2014). Damit hat sich das Scheidungsrisiko in den vergangenen 40 Jahren insgesamt mehr als verdoppelt. Kinderlosigkeit ist in der Schweiz ein relativ verbreitetes Phänomen: 19% der Frauen und 21% der Männer im Alter von 50-80 Jahren hatten im Jahr 2013 keine leiblichen oder adoptierten Kinder. Dies steht in deutlicher Diskrepanz zu den Statistiken zum Kinderwunsch: Nur 7% der kinderlosen Schweizer Frauen und Männer im Alter von 20-29 Jahren wollten kinderlos bleiben und 91% wünschten sich zwei oder mehr Kinder (Mosimann & Camenisch, 2015).

Ferner hat die demografische Entwicklung der letzten Jahrzehnte das Generationengefüge

verändert. Durch die substanziellen demografischen Veränderungen infolge der gestiegenen durchschnittlichen Lebenserwartung bleiben die intergenerationellen Beziehungen in Familien länger erhalten, was mit vielfachen sozialen Konsequenzen einhergeht: Beispielsweise richten immer mehr Personen häusliche Pflege von Angehörigen (medizinische Pflege sowie anderweitige Unterstützung in der Alltagsbewältigung). Schätzungen zufolge werden gesamtschweizerisch 60% der pflegebedürftigen Menschen zu Hause gepflegt, wobei der überwiegende Teil durch Angehörige erbracht wird: Bei mehr als einem Drittel erfolgt die Pflege zur Hauptsache durch den Lebenspartner/die Lebenspartnerin, gefolgt von der Pflege durch die Kinder (Höpflinger & Hugentobler, 2005). Die durchschnittliche Pflegezeit beträgt bei den pflegenden Partnerinnen/Partnern wöchentlich 65 Stunden, bei den pflegenden Kindern 27 Stunden, wobei ein Pflegeverhältnis im Schnitt 5-6 Jahre anhält (Perrig-Chiello, Höpflinger, & Schnegg, 2010).

2.2. Risiko- und Schutzfaktoren resp. Belastungen und Ressourcen

Das Eingebundensein in soziale Beziehungen ist für die psychische und körperliche Gesundheit von Menschen eminent. Ein intaktes soziales Netzwerk gehört zu den zentralsten Lebensressourcen, weil es (1) eine wesentliche Bedingung für die Lebenszufriedenheit und das psychische Wohlbefinden darstellt und sich (2) als robuster Schutzfaktor gegen psychische und körperliche Erkrankungen erwiesen hat. Die Framingham Heart Study zeigt eindrücklich, wie stark sich soziale Netze auf das menschliche Wohlbefinden auswirken: Die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Person als glücklich bezeichnet, steigt um durchschnittlich 25%, wenn er/sie angibt, eine Vertrauensperson im nächsten Umkreis (circa 1,6 km) seines/ihrer Wohnorts zu haben (Fowler & Christakis, 2008). Unlängst fand eine Metaanalyse, dass Individuen mit unbefriedigenden oder fehlenden sozialen Beziehungen ein um 50% erhöhtes Mortalitätsrisiko (Risiko frühzeitig zu sterben) aufweisen verglichen mit Individuen, die ihre Beziehungen als zufriedenstellend bewerten. Die Effekte sind dabei vergleichbar oder fallen sogar höher aus als die prominentesten Risikofaktoren für Mortalität wie Rauchen, Fettleibigkeit oder körperliche Inaktivität (Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010). Gute soziale Beziehungen senken nach wissenschaftlichen Untersuchungen das Risiko für diverse Erkrankungen wie koronare Herzkrankheiten, rheumatische Erkrankungen, Depressionen etc. (Berkman & Glass, 2000). Dieser Befund wurde mehrfach repliziert und erwies sich auch in internationalen Vergleichen von sehr reichen Ländern bis zu den ärmsten Ländern als robust (Kumar, Calvo, Avendano, Sivaramakrishnan, & Berkman, 2012). Eine besonders bedeutende Ressource innerhalb von sozialen Netzen ist die soziale Unterstützung, welche über zwei Wege gesundheitsrelevant sein kann: Einerseits wirkt sie *präventiv*, indem sie das Auftreten von Stressoren/Belastungen verringert und andererseits *puffernd* insofern, als sie die gesundheitsschädigenden Auswirkungen von bereits vorhandenen Belastungen reduziert (Reblin & Uchino, 2008). Auf der Grundlage der einschlägigen Literatur geht man heute davon aus, dass soziale Unterstützung hauptsächlich über verschiedene (1) psychische Prozesse (z. B. Selbstwirksamkeit, Selbstwert, Wahrnehmung und Bewertung von Stress) und (2) Prozesse auf der Verhaltensebene (Beeinflussung des Gesundheits- und Risikoverhaltens) biologische Parameter auf der kardiovaskulären, neuroendokrinen, inflammatorischen und immunologischen Ebene beeinflusst, welche Gesundheitsprobleme steuern (Uchino, 2006; Uchino, Bowen, Carlisle, & Birmingham, 2012).

Im Vergleich mit anderen sozialen Beziehungen (Verwandte, Freunde, Bekannte) kommt der Paarbeziehung bei der praktischen wie bei der emotionalen Unterstützung eine besondere Rolle zu. In Untersuchungen berichtet die Mehrheit der Befragten, dass eine feste und glückliche Partnerschaft zu den wichtigsten Werten zur Erfüllung ihres Lebensglücks gehört (Bodenmann, 2003). Eine stabile Partnerschaft erfüllt das menschliche Grundbedürfnis nach Sicherheit, Nähe und Geborgenheit und wirkt damit Einsamkeit und Isolation entgegen (Diener, Gohm, Suh & Oishi, 2000). Die Zufriedenheit mit der Paarbeziehung hängt stärker mit der

allgemeinen Lebenszufriedenheit zusammen als andere wichtige Bereiche des Alltagslebens wie Freundschaften, Arbeit, Freizeit oder körperliche Gesundheit (Bradbury & Karney, 2010). Ferner zeigt eine Fülle von Studien, dass Menschen in einer glücklichen Partnerschaft psychisch und physisch gesünder leben und eine geringere Mortalitätsrate aufweisen (Hughes & Waite, 2009). Die Prävalenz für verschiedene psychische Störungen ist bei ledigen Männern und Frauen signifikant erhöht verglichen mit Personen in festen und zufriedenen Partnerschaften (Whisman & Baucom, 2012). Die gesundheitsschützende Wirkung der Partnerschaft wird unter anderem durch die *Protektionshypothese* erklärt, das heisst Partner bestärken sich gegenseitig in einem gesünderen Lebensstil und pflegen ein grösseres soziales Netz. Hinzu kommt, dass eine Partnerschaft mit der gegenseitigen Unterstützung der Partner in der Stressbewältigung (*dyadisches Coping*; Bodenmann, 2000) eine wichtige Ressource bereitstellt, die es Paaren ermöglicht, tägliche Belastungen besser zu bewältigen. Dies erscheint angesichts dessen, dass Stress hoch gesundheitsrelevant ist, von besonderer Bedeutung. Zum wissenschaftlichen Konsens gehört jedoch auch, dass zu Beginn einer Partnerschaft die Zufriedenheit bei vielen Paaren hoch ist, diese mit zunehmender Dauer der Beziehung aber abnimmt. Innerhalb der ersten zehn Jahre nach der Heirat sinkt die Beziehungsqualität bei den meisten Paaren drastisch (Lavner & Bradbury, 2010). Ebenfalls wurde konsistent gezeigt, dass die Partnerschaftszufriedenheit nach der Geburt des ersten Kindes abnimmt (Mitnick, Heyman & Smith Slep, 2009). Dieser Befund ist gut erklärbar, wenn man bedenkt, dass mit den neuen Lebensaufgaben werdender Eltern in aller Regel ein erhöhtes Stresslevel assoziiert ist. Studien zeigen, dass Paarkonflikte im Prä-/Postnatal-Vergleich um mehr als das Doppelte ansteigen (Hanington, Heron, Stein, & Ramchandani, 2012).

Partnerschaftsstörungen (z. B. in Form von destruktiven Paarkonflikten, Trennungen und Scheidungen) sind bedeutende Risikofaktoren für das psychische und körperliche Wohl der Partner (Bodenmann, 2013). Chronische Konflikte in der Partnerschaft erhöhen beispielsweise das Risiko für diverse Krankheiten (Depressionen, Angststörungen, Substanzmissbrauch, Herz-Kreislauf-Erkrankungen etc.), verringern die Wundheilung und destabilisieren nachweislich das Immunsystem der Partner (Kiecolt-Glaser, Gouin, & Hantsoo, 2010; Whisman, 2007). Damit spielt die Partnerschaftsqualität über den Beziehungsstatus (ledig, liiert, getrennt) hinaus eine gesundheitsrelevante Rolle: Personen in konfliktreichen, nicht zufriedenstellenden Beziehungen weisen ein schlechteres Befinden auf im Vergleich mit sozial gut integrierten Personen ohne Partnerschaft. Trennungen und Scheidungen gehören ferner zu den gravierendsten kritischen Lebensereignissen, welche sich durch eine hohe Destabilisierung der Betroffenen auszeichnen und die Gesundheit der Partner in hohem Masse gefährden können (Hughes & Waite, 2009; Sbarra & Nietert, 2009).

Ferner ist der Zusammenhang zwischen Störungen in der elterlichen Partnerschaft und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern empirisch untermauert (Zemp & Bodenmann, 2015). Destruktive Partnerschaftskonflikte der Eltern erklären nach aktuellem Erkenntnisstand einen Grossteil (ungefähr 25% der Varianz) an Störungen im Kindes- und Jugendalter (Cummings & Davies, 2010). Ebenfalls fassen Metaanalysen zusammen, dass Kinder aus Scheidungsfamilien, verglichen mit Kindern aus intakten (nicht geschiedenen) Familien, signifikante Beeinträchtigungen in vielen Entwicklungsbereichen aufweisen (Amato, Kane & James, 2011). Die Trennung der Eltern löst bei den Kindern in vielen Fällen eine tiefe emotionale Verunsicherung aus, die in der Regel bis durchschnittlich 2 bis 3 Jahre nach der Scheidung anhält (Schmidt-Denter & Beelmann, 1997). Langzeitfolgen von Scheidungen sind jedoch ebenfalls gut untersucht und betreffen elementare Einstellungen zu Partnerschaft und Ehe sowie das Beziehungs- und Kommunikationsverhalten, was häufig das eigene Scheidungsrisiko der nächsten Generation erhöht (Amato & Keith, 1991). Festzuhalten ist jedoch, dass destruktive Paarkonflikte der stärkere Prädiktor für kindliche Störungen ist als die familiäre Intaktheit (Kelly, 2000). Kinder aus intakten (nicht geschiedenen), aber hoch konfliktreichen Familien weisen durchschnittlich mehr Probleme auf verglichen mit Kindern von geschiedenen Eltern

(Morrison & Coiro, 1999). Wenngleich Scheidungen zu den stressreichsten Lebenserfahrungen für Kinder gehören, scheinen das familiäre Klima und insbesondere die Art und Häufigkeit der Paarkonflikte vor, während und nach der Scheidung bedeutungsvoller zu sein für das kindliche Wohlbefinden als die elterliche Trennung an sich. Vor diesem Hintergrund sind auch die Nachscheidungsituation und das Aufwachsen von Kindern in Patchwork- oder Stieffamilien zu beurteilen: Wenn Kinder in Folgefamilien weniger Konflikten ausgesetzt sind als in der Kernfamilie vor der Scheidung, bilden sie in vielen Fällen ein günstigeres Fundament für die kindliche Entwicklung (Ley, 2005). Allerdings gibt es Hinweise dafür, dass in Stieffamilien die Beziehung der Stiefkinder zum neuen Partner resp. zur neuen Partnerin eine grössere Rolle spielt für das kindliche Befinden als Paarkonflikte (Staub & Felder, 2004). Die Forschung hat gezeigt, dass sich Stiefkinder in ihrem Verhalten wenig von Kindern unterscheiden, welche nach der Scheidung mit einem leiblichen Elternteil allein bleiben. In Untersuchungen wird das kindliche Befinden dieser beiden Familientypen (Stieffamilien und Einelternfamilien) häufig als signifikant schlechter eingestuft als das Befinden von Kindern, welche bei beiden leiblichen Elternteilen aufwachsen. Allerdings wird der Faktor Familientyp als Prädiktor vernachlässigbar, wenn andere wichtige Variablen (z. B. Qualität der familiären Beziehungen, Befinden der Eltern, soziale Unterstützung etc.) statistisch mitberücksichtigt werden (Dunn, Deater-Deckard, Pickering, O'Connor, & Golding, 1998). Untersuchungen zeigen weiterhin, dass für Kinder angesichts der Reorganisationen im Zuge einer Scheidung insbesondere haltgebende und beständige Strukturen, eine konsistente und konsequente Erziehung, vorhersehbare und verbindliche Absprachen sowie konstante Bezugspersonen (Eltern, Verwandte, Geschwister, Lehrpersonen, Peers etc.) hilfreich sind (Sigal, Sandler, Wolchik, & Braver, 2011).

3. Besondere Herausforderungen der Zielgruppe für die psychische Gesundheit

Aus Kapitel 2 wird die immense Bedeutung von intakten sozialen Beziehungen für die menschliche Gesundheit ersichtlich. Soziale Isolation und Einsamkeit gehören zu den primären Risikofaktoren für die körperliche und psychische Integrität. Es sind vor allem ältere Frauen, Personen mit tiefer Schulbildung oder Alleinerziehende, welche über besonders geringe soziale Ressourcen verfügen (Bachmann, 2014). Knapp die Hälfte der Alleinerziehenden fühlt sich nicht genügend unterstützt. Dies widerspiegelt ein erhöhtes Bedürfnis nach verlässlichen Beziehungen in Lebenslagen, die mit vielen Belastungen verbunden sind. Frauen und Männer in Einpersonenhaushalten fühlen sich deutlich häufiger ungenügend unterstützt, selbst wenn sie in einer festen Partnerschaft sind. Insbesondere Männer haben Mühe, praktische und emotionale Unterstützung zu erhalten, wenn sie alleine wohnen. Während Frauen das Unterstützungspotenzial bei verschiedenen Personen im sozialen Netzwerk mobilisieren, kommt bei Männern der Lebenspartnerin als Unterstützungsquelle eine besonders wichtige Rolle zu. Dies könnte erklären, warum Männer unter dem Wegfall der Lebenspartnerin (Trennung, Verwitwung) stärkere negative Gesundheitskonsequenzen erfahren als Frauen (Stroebe, 2001).

Unter Berücksichtigung der zunehmenden Lebenserwartung der Schweizer Bevölkerung ergeben sich für die Altersgruppe der circa 45- bis 65-jährigen Personen (sogenannte «Sandwichgeneration»; Mosimann & Camenisch, 2015, S. 22) neue Herausforderungen, weil sie häufig Kinder haben, die ökonomisch noch nicht unabhängig sind, und gleichzeitig von ihnen erwartet wird, dass sie ihren betagten Eltern beistehen. Gemäss repräsentativen Schweizer Statistiken sind ein Viertel der Frauen und ein Drittel der Männer der Meinung, dass erwachsene Kinder ihre Eltern bei sich aufnehmen sollen, wenn diese pflegebedürftig sind (Mosimann & Camenisch, 2015). Pflegearbeit bei Angehörigen hat kein hohes gesellschaftliches Ansehen und gilt in vielen Fällen als selbstverständlich (Clerc, Artho, & Clerc, 2015). Die Übernahme der elterlichen Pflege wird jedoch aus mehreren Gründen als potenziell chronischer Stressor für die Pflegenden diskutiert (Gräbel, 2000): belastende Arbeitsbedingungen

(oft unbegrenzter Zeiteinsatz mit wenig Erholungszeit und ohne finanzielle Vergütung), psychosoziale Folgen (Einschränkung der eigenen Belastbarkeit und des Leistungsvermögens, Einbussen in eigenen Zielen und in der persönlichen Freiheit) sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen (Erschöpfung, Gliederschmerzen, Ängste und Depressionen etc.). Perrig-Chiello et al. (2010) wiesen ausserdem darauf hin, dass im Jahr 2010 circa zwei Drittel der pflegenden Söhne und Töchter in der Schweiz berufstätig waren und ein substanzieller Anteil, insbesondere bei den Frauen, ihr Arbeitspensum aufgrund der Zusatzaufgaben im Pflegeverhältnis reduzieren (57 %) oder ganz aufgeben mussten (16%).

Paare sind in diversen Lebens- und Alltagssituationen in hohem Masse Stress ausgesetzt. Häufige Stressoren betreffen neben der Partnerschaft selber vor allem die Bereiche Beruf, Finanzen, Wohnen, soziales Umfeld oder Herkunftsfamilie (Bodenmann, 2000). Bekannt ist, dass sich die Stressoren einerseits gegenseitig beeinflussen und andererseits in ihrem Potential zur Gesundheitsschädigung kumulieren. So belegen Studien, dass paarexterner Alltagsstress häufig unbemerkt in die Paarbeziehung überschwappt, was sich beispielsweise in einem erhöhten Konfliktlevel zeigt (Bodenmann, 2012). Umgekehrt sind Paarkonflikte assoziiert mit Leistungseinbussen am Arbeitsplatz und höherem Burnout-Risiko (Peeters, Montgomery, Bakker, & Schaufeli, 2005). Ebenfalls ist empirisch belegt, dass die Kombination aus hohem Stress in der Partnerschaft/Familie und im Beruf besonders nachteilig ist: Diese Personen weisen signifikant mehr Krankheitssymptome und eine geringere Lebenszufriedenheit auf als alle anderen Personengruppen (nur hoher Berufsstress, nur hoher Familienstress oder tiefer Berufs- und Familienstress; Schär, Sutter, & Amstad, 2014).

4. Handlungsempfehlungen und mögliche Lösungsansätze

4.1. Wie kann die Zielgruppe erreicht werden?

Vor dem Hintergrund der bisherigen Erörterungen stellen sich drei Personengruppen als besondere Zielgruppen heraus: (a) soziale isolierte Personen und Personen mit einem erhöhten Risiko, geringe soziale Unterstützung zu erhalten (insbesondere ältere Frauen und Alleinerziehende), (b) die «Sandwichgeneration» und (c) konfliktreiche Paare und Paare im Übergang zur Elternschaft.

Da gerade ältere Menschen häufig nicht mehr in formale Organisationen (z. B. Vereine und Verbände) eingebunden sind, ist die Früherkennung von sozialer Isolierung und damit einhergehenden Folgen auf die körperliche und psychische Gesundheit durch Fachleute der Primärversorgung (medizinisches Personal der ambulanten und stationären medizinischen Behandlung) von großer Bedeutung (siehe auch Grundlagenbericht Gesundheitsförderung im Alter). Es bedarf eines erhöhten Problembewusstseins auf Seiten der professionellen Akteure, sodass potenzielle Warnsignale angemessen wahrgenommen und eingeordnet werden, um das Risiko der Vereinsamung vorzubeugen. Ferner sind Einrichtungen der aufsuchenden Beratung und Betreuung (z. B. sozialpädagogische Familienhilfe, aufsuchende Sozialarbeit, Spitex) erforderlich, damit Personen mit erhöhtem Risiko, zu wenig soziale Unterstützung zu erhalten, erreicht werden. In Anbetracht dessen, dass die Mehrheit der 45- bis 65-Jährigen («Sandwichgeneration») noch erwerbstätig ist, ist die Erreichung dieser Zielgruppe über den betrieblichen Arbeitsplatz (Unternehmen, Personalmanagement) eine weitere vielversprechende Möglichkeit. Bezüglich der dritten Zielgruppe (konfliktreiche Paare und werdende Eltern) ist bekannt, dass ungeachtet der hohen Prävalenzrate an Partnerschaftsstörungen, viele Paare keine fachlichen Angebote in Form von Paarberatungen oder -therapien aufsuchen, weil sie keine Zeit finden, die relativ hohen Kosten nicht in Kauf nehmen oder zu wenig motiviert sind für die intensive Arbeit an der Paarbeziehung. Werdende Eltern oder Paare, die kürzlich Eltern geworden sind, betreffen diese Hindernisse in besonderem Masse infolge des speziell hohen Stresslevels in dieser Lebensphase. Aus diesen Gründen ist die Erreichbarkeit von Paaren, gerade im Rahmen von präventiven Ansätzen, als gering einzuschätzen und professionelle Hilfen werden in der Regel erst in Anspruch genommen, wenn die Partnerschaftsstörung

bereits fortgeschritten ist. Eine noch stärkere Dissemination der Bedeutung einer soliden Paarbeziehung für die psychische Gesundheit der Familienmitglieder und der verfügbaren Präventions- und Interventionsprogramme für Paare mittels Informationsflyer, Borschüren und Vorträgen durch Fachleute könnte diesem Umstand entgegenwirken. Angezielt werden müssen die wichtigsten Aufenthaltsorte der Zielgruppe wie beispielsweise Gemeinschaftszentren, Institutionen des Freizeitangebots, kulturelle Veranstaltungen, Ehevorbereitungskurse (beispielsweise durch Zivilstandsamt oder Pfarrei), medizinische Zentren und insbesondere gynäkologische Praxen, Geburts- und Elternvorbereitungskurse, Spitäler etc. Ziel der Verbreitung sollte es sein, Paaren den Zugang zu fachkundigen Angeboten zu erleichtern. In diesem Zusammenhang werden neue Formate auf der Grundlage von digitalen Medien (DVD, Smartphones oder Internet) künftig noch grössere Bedeutung erhalten, da sie niederschwellig sind und die Zielgruppe unkompliziert und anonym erreichen.

4.2. Was kann konkret getan werden, um die psychische Gesundheit zu stärken?

Nach Feld (1981) werden die Größe und Struktur sozialer Netze von (a) individuellen Ressourcen und (b) Opportunitäten determiniert. Zu den individuellen Ressourcen gehören insbesondere das Bildungsniveau, die Gesundheit, das Einkommen und das Prestige einer Person. Höher gebildete Personen verfügen über soziale und kulturelle Kompetenzen, die für den Erhalt und die Pflege sozialer Beziehungen förderlich sind. Beispielsweise trägt hohe Bildung dazu bei, den Rückgang der Sozialkontakte im höheren Alter gut zu bewältigen und durch alternative Aktivitäten zu kompensieren (Wagner & Wolf, 2001). Denn gut gebildete Personen (unabhängig vom Geschlecht) partizipieren häufiger in Vereinen und haben zudem überdurchschnittlich oft ein Ehrenamt inne (siehe Exkurs). Das mangelnde Engagement in formalen Organisationen von Personen, die eigentlich Zeit hätten (z. B. ältere Personen), ist auf diverse Gründe wie Krankheit, Mangel an Selbstvertrauen oder geringe Bildung zurückzuführen (Freitag, 2014). Ebenfalls suchen Personen mit einer hohen Schulbildung häufiger professionelle Hilfs- und Pflegedienste auf als Personen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen. Wünschenswert erscheint vor diesem Hintergrund ein quantitativer Ausbau von Bildungseinrichtungen, die auf die Zielgruppen (Personen mit kleinem sozialen Netz) zugeschnitten sind, und gesundheitspolitisch ausgerichtete Präventionsmassnahmen auf der Ebene von Aufklärung, Wissensvermittlung und Unterstützung dieser Zielgruppen (z. B. Gesundheitsrelevanz der sozialen Einbindung, wie und wo ist formelle und informelle soziale Unterstützung mobilisierbar?, etc.). Eine weitere wichtige Ressource stellt ferner die Zeit dar, die eine Person in die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen investieren kann. Im Besonderen für die Zielgruppen der Alleinerziehenden und der «Sandwichgeneration» dürfte die individuell verfügbare Zeit eine knappe Ressource darstellen, welche durch entsprechende Formen professioneller Unterstützungsangebote (z. B. sozialpädagogische Familienbegleitung, verfügbare und finanzierbare Kinderhorte, Anpassungen am betrieblichen Arbeitsplatz; vgl. Kapitel 4.3) nachhaltig gestärkt werden könnte.

Für die dritte Zielgruppe sollte der präventiv orientierten Pflege und Stärkung der Paarbeziehung eine hohe Priorität beigemessen werden, um die psychische Gesundheit der Familienmitglieder zu stärken. Häufig kommen Paare erst zu einem Zeitpunkt in die Therapie, wenn sie eine fortgeschrittene Unzufriedenheit wahrnehmen, Verletzungen bereits schwerwiegend und die eingeschliffenen Negativmuster zunehmend resistent gegenüber Veränderungen sind. Auf der Grundlage dieses Wissens ist die präventive Stärkung von Paarbeziehungen als eminent wichtig zu betrachten (Job, Bodenmann, Baucom, & Hahlweg, 2014). Die meisten evidenzbasierten Präventionsangebote für Paare dauern 12-18 Stunden und werden als Wochenend- oder Abendkurse angeboten. Inhaltlich zielen sie auf die Vermittlung und das Training von partnerschaftlichen Kompetenzen (konstruktive Kommunikation und Konfliktlösung, Problemlösekompetenzen etc.). Der Schwerpunkt auf der Förderung von Kompetenzen basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, dass mangelnde Paarkompetenzen die stärksten Prä-

diktoren für Partnerschaftsstörungen sind und sie wirksam nachhaltig zu verändern sind (Bodenmann & Kessler, 2011). Insbesondere für die Zielgruppe der werdenden Eltern spielt Prävention eine tragende Rolle, weil sie im Zuge der Familienerweiterung einem erhöhten Risiko unterliegen, hohes Ausmass an Stress und in der Folge Beeinträchtigungen in der Partnerschaftszufriedenheit zu erfahren. Präventive Programme für werdende Eltern bieten Unterstützung im Übergang zur Elternschaft in Zusammenhang mit den geburtsbedingten Lebensveränderungen und speziellen Herausforderungen. In der Schweiz steht mit *Paarlife* (Bodenmann & Shantinath, 2004) ein etabliertes und wissenschaftlich evaluiertes Präventionsprogramm für Paare zur Verfügung, das für alle Paare und neu auch spezifisch für werdende Eltern angeboten wird (siehe Kapitel Übergänge). In diesem Kurs, geleitet von einer Psychologin und einer Hebamme, werden Kernthemen rund um die Geburt des ersten Kindes behandelt. Das Programm liefert werdenden Eltern Hilfestellungen, um ihre Partnerschaftsqualität zu ihrem eigenen Wohle als auch zum Wohle des Kindes aufrechtzuerhalten. Der Kurs wird in einer aktuellen SNF-geförderten Studie evaluiert (Bodenmann, Nieuwenboom, & Schmid, 2013).

4.3. Welche Rahmenbedingungen können geschaffen werden, um die psychische Gesundheit zu fördern?

Die Initiierung und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen setzt entsprechende Opportunitäten (Gelegenheitsstruktur) voraus. In Anlehnung an die Theorie nach Feld (1981) werden Kontakte an Orten aufgenommen, an denen Aktivitäten verschiedener Individuen stattfinden (Arbeitsplätze, Verbände, Vereine, Treffpunkte wie Stammlokale etc.; siehe Exkurs). Studien haben gezeigt, dass die Grösse des Wohnorts einen U-förmigen Einfluss auf die Netzwerkgrösse haben: In den kleinsten und in den größten Orten sind die sozialen Netze der Individuen am grössten (Wagner & Wolf, 2001). Es ist denkbar, dass soziale Ressourcen in kleineren Wohnorten aufgrund der lokalen Bindung sehr ausgeprägt sind. Die Pflege sozialer Kontakte erschwert sich mit zunehmender Ortsgrösse durch die wachsende räumliche Entfernung zwischen den Mitgliedern des sozialen Netzes. In grösseren Orten kann dieses Hindernis durch die bessere Anbindung und Vernetzung durch den öffentlichen Verkehr möglicherweise wieder kompensiert werden. Bei erwerbstätigen Personen sind die Strukturen und die Organisation des betrieblichen Arbeitsplatzes wichtige Determinanten für das soziale Netz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Mehrere Autoren betonen die Zumutungen von Unternehmen an hoch qualifizierte Angestellte und die potenziell negativen Auswirkungen auf deren soziale Integration (Flick, 2013). Dies ist besonders alarmierend, wenn man bedenkt, dass sich die damit einhergehenden Konsequenzen nicht nur auf das Privatleben der Betroffenen beschränken, sondern in vielfacher Weise auch in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit (z. B. Fehleranfälligkeit, eingeschränkte Konzentration, geringeres berufliches Engagement, Absenzen) bemerkbar machen. Gerade für die «Sandwichgeneration» sind die Anregungen im Rahmen der *Lebensereignisorientierten Personalarbeit* (Clerc et al., 2015) vielversprechend. Der Arbeitgeber spielt bei kritischen Lebensereignissen ihrer Arbeitnehmer eine wichtige Rolle in der Prävention und Reduktion gesundheitlicher Konsequenzen. Ein an Lebensereignissen orientiertes Personalmanagement zielt auf den Erhalt von gesunden und leistungsbereiten Mitarbeitenden ab, indem es anstrebt, die Erwerbsarbeit mit besonderen Lebensumständen (beispielsweise Pflege der betagten Eltern) zu vereinbaren. Dies kann dann gelingen, wenn das Unternehmen die schwierige Situation des betroffenen Mitarbeitenden frühzeitig erkennt und individuell angepasste Unterstützung ermöglicht (z. B. Anpassungen bezüglich Arbeitszeiten, geforderter Präsenz oder Aufgabenstellungen).

Zentrale Rahmenbedingungen, welche für Paare die subjektiven Hürden mindern, an einem fachkundigen Präventionsprogrammen teilzunehmen, betreffen drei wesentliche Aspekte: (a) Finanzierbarkeit, (b) organisatorische Machbarkeit und (c) Erreichbarkeit der Angebote. Hinsichtlich der Finanzierbarkeit ist die Frage relevant, inwiefern die mit der Inanspruchnahme

von Präventionsangeboten verbundenen Kosten subventioniert werden. Während die psychotherapeutische Paartherapie je nach Anstellung des Therapeuten über die Grund- oder Zusatzversicherung vergütet wird, ist die Anerkennung von präventiven Massnahmen bei den Krankenkassen in der Regel kaum gegeben. Ferner sind Paare, die von der Sozialhilfe leben, eine besondere Risikogruppe für Partnerschaftsstörungen. Diese Paare sollten für die Nutzung therapeutischer Bemühungen finanziell in besonderem Masse unterstützt werden. Bezüglich der organisatorischen Machbarkeit sind generell alle Rahmenbedingungen wünschenswert, die die zeitlichen Ressourcen fördern, welche für die Inanspruchnahme der Angebote erforderlich sind. Dazu gehören in erster Linie das Zeitmanagement von berufstätigen Paaren sowie die Kinderbetreuung bei Elternpaaren. Förderlich bei berufstätigen Partnern wäre beispielsweise die Unterstützung und Ermöglichung von zeitlicher Flexibilität durch den Arbeitgeber. Für Paare mit Kindern müssen Angebote der Kinderbetreuung bereitgestellt werden, bestenfalls vor Ort, wo die Paarkurse stattfinden. Und letztlich muss unter dem Aspekt der Erreichbarkeit ein erleichterter Zugang zu den Angeboten angestrebt werden. Erwünscht wäre ein landesweites Angebot, um auch Paare ausserhalb der grossen Städte zu erreichen. Niederschwellige Formate und selbstgesteuerte Massnahmen ohne direkten Kontakt mit Fachleuten (z. B. DVD, internetgestützte Programme) können eingesetzt werden, um subjektive Barrieren für die Nutzung von intensiveren Angeboten zu senken.

Fazit: Es existieren Risikogruppen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit, zu wenig oder mangelhafte soziale Unterstützung zu erfahren. Das Initiieren und Pflegen sozialer Kontakte setzt jedoch (1) individuelle Ressourcen sowie (2) eine entsprechende Gelegenheitsstruktur voraus, welche gezielt gefördert werden können, um die psychische Gesundheit der Zielgruppen beständig zu stärken.

4.4. Beispiel Guter Praxis

5. Gesamtfazit

Die herausragende Rolle der sozialen Unterstützung für die menschliche Gesundheit gilt als wissenschaftlich unbestritten. Sie stellt eine primäre Bedingung für die Lebenszufriedenheit dar und ist nachweislich ein robuster Schutzfaktor gegen psychische und körperliche Erkrankungen. Ermutigend ist der Befund, dass die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung sozial gut integriert ist und zufrieden mit der erhaltenen sozialen Unterstützung. Jedoch existieren Personengruppen, welche ein erhöhtes Risiko für soziale Isolation oder mangelhafte soziale Unterstützung aufweisen. Vor diesem Hintergrund bedarf es professioneller Angebote zur Stärkung der individuellen Ressourcen (z. B. soziale Kompetenzen, verfügbare Zeit, Wissen und Aufklärung) und günstige Rahmenbedingungen (z. B. Orte des sozialen Zusammenkommens, Vereinbarkeit mit beruflichen Anforderungen, Finanzierbarkeit und Erreichbarkeit von Hilfsangeboten), welche der Mobilisierung sozialer Unterstützung und der sozialen Verbundenheit zuträglich sind.

Literatur

- Amato, P. R. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 15(3), 355–370. <http://doi.org/10.1037/0893-3200.15.3.355>
- Amato, P. R., Kane, J. B., & James, S. (2011). Reconsidering the “good divorce”. *Family Relations*, 60(5), 511–524. <http://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2011.00666.x>
- Amato, P. R., & Keith, B. (1991). Parental divorce and adult well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 53(1), 43. <http://doi.org/10.2307/353132>
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa* (Obsan Dossier 27). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp. 137–173). Oxford: University Press.
- Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren [Stress and coping in couples]*. Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Bodenmann, G. (2003). Welche Bedeutung haben Partnerschaft und Liebe für Jugendliche heute? *Zeitschrift für Familienforschung*, 15, 91–104.
- Bodenmann, G. (2012). *Verhaltenstherapie mit Paaren*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G. (2013). *Lehrbuch Klinische Paar- und Familienpsychologie*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G., & Kessler, M. (2011). Präventionsprogramme für Paare - Methoden und Wirksamkeit. *Familiendynamik*, 36(4), 346–355.
- Bodenmann, G., Nieuwenboom, J. W., & Schmid, H. (2013). *Strengthening couples during the transition to parenthood: A randomized controlled study*. Bewilligtes Gesuch beim Schweizerischen Nationalfonds (SNF). Projektnummer: 146775.
- Bodenmann, G., & Shantinath, S. D. (2004). The Couples Coping Enhancement Training (CCET): A new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Family Relations*, 53(5), 477–484. <http://doi.org/10.1111/j.0197-6664.2004.00056.x>
- Bradbury, T. N., & Karney, B. R. (2010). *Intimate Relationships*. New York: W. W. Norton & Company.
- Bundesamt für Statistik (2013). Anteil der Nichtledigen nach Geburtsjahrgang und Geschlecht. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/05/05.html>. Zugriff: 17.06.2015.
- Bundesamt für Statistik. (2013b). Privathaushalte nach Haushaltstyp. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/04/blank/key/01/04.html>. Zugriff: 10.09.2015
- Bundesamt für Statistik (2014). Scheidungen und Scheidungshäufigkeit. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/06.html>. Zugriff: 17.06.2015.
- Clerc, M., Artho, S., & Clerc, I. (2015). *Lebensereignisse: Neue Ansätze für eine individualisierte und gesundheitsförderliche Personalarbeit*. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 30, Bern und Lausanne.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2010). *Marital conflict and children: An emotional security perspective*. New York: The Guilford Press.
- Diener, E., Gohm, C. L., Suh, E., & Oishi, S. (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31(4), 419–436. <http://doi.org/10.1177/0022022100031004001>

- Dunn, J., Deater-Deckard, K., Pickering, K., O'Connor, T. G., & Golding, J. (1998). Children's adjustment and prosocial behaviour in step-, single-parent, and non-stepfamily settings: Findings from a community study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(8), 1083–1095. <http://doi.org/10.1111/1469-7610.00413>
- Feld, S. L. (1981). The focused organization of social ties. *American Journal of Sociology*, 86(5), 1015–1035.
- Flick, S. (2013). *Leben durcharbeiten. Selbstsorge in entgrenzten Arbeitsverhältnissen*. Frankfurt am Main: Campus.
- Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2008). Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *British Medical Journal*, 337, 1–9. <http://doi.org/10.1136/bmj.a2338>.
- Freitag, M. (2014). *Das soziale Kapital der Schweiz*. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Gräbel, E. (2000). Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 13(2), 85–94. <http://doi.org/10.1024//1011-6877.13.2.85>
- Hanington, L., Heron, J., Stein, A., & Ramchandani, P. (2012). Parental depression and child outcomes – is marital conflict the missing link? *Child: Care, Health and Development*, 38(4), 520–529. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01270.x>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7). <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Höpflinger, F., & Hugentobler, V. (2005). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz*. Bern: Huber.
- Hughes, M. E., & Waite, L. J. (2009). Marital biography and health at mid-life. *Journal of Health & Social Behavior*, 50(3), 344–358.
- Kelly, J. B. (2000). Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: A decade review of research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 963–973.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Gouin, J. P., & Hantsoo, L. (2010). Close relationships, inflammation, and health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 33–38.
- Kumar, S., Calvo, R., Avendano, M., Sivaramakrishnan, K., & Berkman, L. F. (2012). Social support, volunteering and health around the world: Cross-national evidence from 139 countries. *Social Science & Medicine*, 74(5), 696–706. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.017>
- Lavner, J. A., & Bradbury, T. N. (2010). Patterns of change in marital satisfaction over the newlywed years. *Journal of Marriage and the Family*, 72(5), 1171–1187. <http://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00757.x>
- Ley, K. (2005). Wenn sich eine neue Familie findet – Ressourcen und Konflikte in Patchwork- und Fortsetzungsfamilien. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 54, 802–816.
- Mitnick, D. M., Heyman, R. E., & Smith Slep, A. M. (2009). Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 23(6), 848–852. <http://doi.org/10.1037/a0017004>
- Morrison, D. R., & Coiro, M. J. (1999). Parental conflict and marital disruption: Do children benefit when high-conflict marriages are dissolved? *Journal of Marriage and the Family*, 61(3), 626–637.
- Mosimann, A., & Camenisch, M. (2015). *Erhebung zu Familien und Generationen 2013*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4882>. Zugriff: 10.09.2015

- Peeters, M. C. W., Montgomery, A. J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2005). Balancing work and home: How job and home demands are related to burnout. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 43–61. <http://doi.org/10.1037/1072-5245.12.1.43>
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., & Schnegg, B. (2010). Pflegende Angehörige von Menschen in der Schweiz. SwissAgeCare: Forschungsprojekt im Auftrag der Spitex Schweiz. <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/0CDC636B60/2FF10C60B3.pdf>. Zugriff: 10.09.2015
- Reblin, M., & Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 201–205. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89>
- Sbarra, D. A., & Nietert, P. J. (2009). Divorce and death: Forty years of the Charleston Heart Study. *Psychological Science*, 20(1), 107–113. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02252.x>
- Schär, M., Sutter, S., & Amstad, F. (2014). *Familie, Stress und Gesundheit*. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 27, Bern und Lausanne.
- Schmidt-Denter, U., & Beelmann, W. (1997). Kindliche Symptombelastungen in der Zeit nach einer ehelichen Trennung: Eine differentielle und längsschnittliche Betrachtung [Children's problems following parental separation: A differential and longitudinal approach.]. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 29(1), 26–42.
- Sigal, A., Sandler, I., Wolchik, S., & Braver, S. (2011). Do parent education programs promote healthy postdivorce parenting? Critical distinctions and a review of the evidence. *Family Court Review*, 49(1), 120–139. <http://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2010.01357.x>
- Staub, L., & Felder, W. (2004). *Scheidung und Kindeswohl. Ein Leitfaden zur Bewältigung schwieriger Übergänge*. Bern: Hans Huber.
- Stroebe, M. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: An empirical and theoretical review. *Review of General Psychology*, 5(1), 62–83. <http://doi.org/10.1037/1089-2680.5.1.62>
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377–387. <http://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5>
- Uchino, B. N., Bowen, K., Carlisle, M., & Birmingham, W. (2012). Psychological pathways linking social support to health outcomes: a visit with the “ghosts” of research past, present, and future. *Social Science & Medicine*, 74(7), 949–957. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.023>
- Wagner, M., & Wolf, C. (2001). Altern, Familie und soziales Netzwerk. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 4(4), 529–554. <http://doi.org/10.1007/s11618-001-0056-5>
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 638–643. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.638>
- Whisman, M. A., & Baucom, D. H. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 4–13. <http://doi.org/10.1007/s10567-011-0107-2>
- Zemp, M., & Bodenmann, G. (2015). *Partnerschaftsqualität und kindliche Entwicklung. Ein Überblick für Therapeuten, Pädagogen und Pädiater*. Berlin/Heidelberg: Springer. <http://doi.org/10.1007/978-3-662-45186-1>